

## 介護支援専門員登録の東京都への移転手続について

現在、東京都以外の道府県で登録されている介護支援専門員の方で、東京都内の事業所に介護支援専門員として勤務している、または勤務先が決まっている方は、東京都に登録を移転することができます。

登録移転を希望される場合は、以下のご案内から、定められた様式に必要な事項を記入し、現在登録している(移転前の)道府県庁及び東京都に書類をお送りください。

【問合せ先】東京都 福祉局 高齢者施策推進部 介護保険課 ケアマネ担当  
電話:03-5320-4279

### 1 提出書類

#### 現在登録している(移転前の)道府県庁に提出する書類

「介護支援専門員登録移転申請書」(第2号様式・3ページ目)

現在お使いの介護支援専門員証

・手続中は介護支援専門員証がお手元に残りません。必ずコピーを取って保管してください。

(住所変更を現在登録している(移転前の)道府県庁に届け出ていない場合のみ)

住民票(※1)、運転免許証(両面の写)又はマイナンバーカード(写)(※2)のいずれか

※1 住民票は3か月以内に発行を受けたものであり、マイナンバーの記載が無いものを提出してください。

※2 住所が書かれた面のみ写しを提出すること。個人番号(マイナンバー)が載った面は提出しないでください。

(氏名変更を現在登録している(移転前の)道府県庁に届け出ていない場合のみ)

戸籍謄本または戸籍抄本

※3か月以内に発行を受けたものを御提出ください。

#### 【書類の送付先】

現在登録している(移転前の)道府県庁

※道府県庁ホームページ等から確認いただけますようお願いいたします。

#### 東京都庁に提出する書類

##### ●電子申請による場合

以下リンクからお手続きください。写真の提出も含めて全てオンライン上で手続き可能です。

<https://www.shinsei.elg-front.jp/tokyo2/uketsuke/form.do?id=1611557788897>

※介護支援専門員証に旧姓または通称の併記を希望する場合、介護支援専門員証の新規交付

(再研修の修了等)又は更新交付(有効期間の更新)と同時に本手続きを行う場合は、郵送での申請をお願いいたします。

##### ●郵送による場合

「登録移転申請連絡票」(4ページ目)

「介護支援専門員証交付申請書」(第6号様式・5ページ目)

カラー写真2枚

縦3.0cm、横2.4cmで、申請前6か月以内に撮影した無帽、正面、上半身の顔が鮮明に写っている無背景のもの

・スナップ写真や家庭用のプリンターで印刷した写真は不可。

・写真には、裏面に氏名、登録番号を記載してください。

・写真のうち1枚は、⑤(「介護支援専門員証交付申請書」(第6号様式・5ページ目))の書類の写真欄に貼付してください。

もう1枚は、お送りする新しい介護支援専門員証に貼付します。

(有効期間の更新と同時に申請する方のみ)

更新に必要な研修の修了証書の写し

#### 【書類の送付先】

〒163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1

東京都 福祉局 高齢者施策推進部 介護保険課 ケアマネ担当

※個人情報の入った書類を送付いただくため、簡易書留又は特定記録郵便により郵送してください。

※「現在登録している(移転前の)道府県庁に提出する書類」と「東京都庁に提出する書類」は**同時期に送付してください**。

## 2 手数料について

以下の要領で東京都に手数料を納めていただく必要があります。

### (1) 手数料

**2,300円**

【内訳】 登録移転申請手数料 1,300円  
介護支援専門員証交付手数料 1,000円

### (2) 納入時期と方法

**手数料は、申請いただいた後、別途東京都から送付する『納入通知書』により  
納入期限までにお支払ください。**

『納入通知書』は、移転前の道府県で転出手続が完了し、移転前の道府県から登録移転（転入）の依頼文を東京都で受領後にお送りいたします。

### (3) 請求の事由

東京都福祉局関係手数料条例（令和5年東京都条例第67号）に基づき登録移転事務及び介護支援専門員証交付事務に要する手数料として納入していただくものです。

### (4) 歳入の属する年度

納入通知書を発行した日の属する年度

### (5) 歳入科目

一般会計 使用料及手数料 手数料 福祉保健手数料 介護支援専門員証交付等

## 3 手続き結果

この手続きに基づき、介護支援専門員としての登録を従来の道府県から東京都に移転します。また、東京都知事名の介護支援専門員証を交付します。

## 介護支援専門員登録移転申請書

介護保険法第69条の3及び介護保険法施行規則第113条の10の規定に基づき、介護支援専門員の登録の移転を申請します。

年 月 日

東京都知事 殿

氏名

フリガナ		旧姓または通称名の併記	記載する旧姓または通称名
氏名	(姓)	(名)	<input type="checkbox"/> 希望する (希望者のみ <input checked="" type="checkbox"/> )
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
フリガナ	〒 ー 都 道 府 県		
住所			
電話番号	( )		
移転前登録都道府県	都 道 府 県		
登録番号	主任介護支援専門員研修(主任更新研修を含む)修了の有無		有 ・ 無
業務従事先 又は 業務従事予定 先	【事業所名称】		
	【事業所指定番号】		
	【所在地】 〒 ー		
	【電話番号】 ( )		
	【事業種別】		
	<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護に係る指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定地域密着型サービス事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護に係る指定地域密着型介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護に係る指定地域密着型介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター		

- ・このページ「登録移転申請連絡票」と次のページ「(第6号様式)介護支援専門員証交付申請書」は東京都に提出してください。
- ・前のページの「(第2号様式)介護支援専門員登録移転申請書」は現在登録している(移転前の)道府県庁に提出してください。

## 登録移転申請連絡票

(西暦) 年 月 日

氏 名	
住 所	〒            ー
日中連絡のつく電話番号	
移転前道府県	
介護支援専門員 登録番号	
介護支援専門員 有効期間満了日	年            月            日
主任介護支援専門員研修 (主任更新研修含む) 修了の有無	有            ・            無

※連絡先(日中連絡のつく電話番号、勤務先名及び勤務先電話番号は必ず御記入ください)。

-----  
 ~事業所証明欄~ 【以下の記載に代えて雇用契約書の写し等、東京都内で業務に従事していることが確認できる書類を添付しても構いません】

上記の者は、当事業所において、\_\_\_\_年 月 日より介護支援専門員として業務に従事している(従事予定含む)ことを証明します。

事業所種別	<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護に係る指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定地域密着型サービス事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設	<input type="checkbox"/> 介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護に係る指定地域密着型介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護に係る指定地域密着型介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター
-------	---	--

事業所名称 \_\_\_\_\_

事業所住所 〒 \_\_\_\_\_

事業所電話番号 \_\_\_\_\_

事業所指定番号 \_\_\_\_\_

事業所管理者 \_\_\_\_\_ 管理者印

(第6号様式)

## 介護支援専門員証交付申請書

介護保険法第69条の7第1項及び介護保険法施行規則第113条の20第1項の規定(介護保険法第69条の8第1項に規定する介護支援専門員証の有効期間の更新の場合にあつては、介護保険法施行規則第113条の26第1項及び第3項の規定)に基づき、下記により、介護支援専門員証の交付を申請します。

カラー写真
縦 3.0cm 横 2.4cm

年 月 日

東京都知事 殿

氏名

フリガナ				旧姓または通称名の併記:記載する旧姓または通称名
氏名	(姓)	(名)	<input type="checkbox"/> 希望する (※希望者のみ☑)	フリガナ
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	
フリガナ				
住所	〒 ー 都 道 府 県			
電話番号	( )			
登録番号	主任介護支援専門員研修 (主任更新研修を含む)修了の有無			有 ・ 無
申請の種類(あてはまる箇所の□にチェックを付けるか、黒く塗りつぶすこと)				
<input type="checkbox"/> 新規	①介護支援専門員資格登録簿登録の日から5年を経過しているか否かの別 <input type="checkbox"/> 経過している(→②へ) <input type="checkbox"/> 経過していない			
	②5年を経過している場合 介護保険法施行規則第113条の16に規定する再研修受講経験の有無 <input type="checkbox"/> 受講している <input type="checkbox"/> 受講していない			
	介護支援専門員 実務研修修了年月日	年 月 日	実務研修 受講番号	
<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 更新研修受講修了者 更新研修修了年月日		年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 更新研修受講免除者 免除対象研修名		免除対象研修修了年月日	
	<input type="checkbox"/> 専門研修Ⅰ		年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 専門研修Ⅱ		年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 主任更新研修 主任の有効期間満了日		年 月 日	
	現に有する介護支援専門員 証の有効期間満了日		年 月 日	
	※主任更新研修修了者の場合、介護 支援専門員証の有効期間を主任 更新研修修了証明書の有効期間 に置き換えて交付することの希望の 有無		<input type="checkbox"/> 既に置き換えている <input type="checkbox"/> 置き換えて交付することを希望する <input type="checkbox"/> 置き換えて交付することを希望しない <input type="checkbox"/> 置き換え不可	
<input type="checkbox"/> 登録の移転	現に有する介護支援専門員証の有効期間満了 日			年 月 日

注1) 旧姓併記又は通称名併記の場合、次のように介護支援専門員証に印字する。旧姓のみ又は通称名のみ印字は不可。  
【旧姓併記の例】日本 花子(旧姓;東京) →日本 花子(東京 花子)  
【通称名併記の例】李 花子(通称名;日本 花子) →李 花子(日本 花子)

注2) 介護支援専門員証に併記が可能である通称名とは、外国人住民が、住民票に記載しているものを指す(住民基本台帳法施行令(昭和42年政令第292号)第30条の16第1項)。添付する住民票で通称名が確認できない場合は併記対応不可。

# 介護支援専門員登録移転申請書

介護保険法第69条の3及び介護保険法施行規則第113条の10の規定に基づき、介護支援専門員の登録の移転を申請します。

令和xx年xx月xx日

東京都知事 殿

氏名 **東京 太郎**

フリガナ	<b>トウキョウ</b>	<b>タロウ</b>	旧姓または通称名の併記: 記載する旧姓または通称名
氏名	(姓) <b>東京</b>	(名) <b>太郎</b>	<input type="checkbox"/> 希望する (希望者のみ <input checked="" type="checkbox"/> ) フリガナ
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<b>xx</b> 年 <b>xx</b> 月 <b>xx</b> 日	
フリガナ	〒 <b>xxx-xxxx</b>		
住所	<b>東京</b> <b>都</b> 道 府 県 <b>千代田区千代田x-x-x</b> <b>〇〇マンションxxxx</b>		
電話番号	<b>090</b> ( <b>xxxx</b> ) <b>xxxx</b>		
移転前登録都道府県	〇〇 都 道 府 県 <b>都</b> 道 府 県 <b>都</b> 道 府 県		
登録番号	<b>xxxxxxxx</b>	主任介護支援専門員研修(主任更新研修を含む)修了の有無	有 ・ <b>無</b>
介護支援専門員証に記載されている8桁の番号です	【事業所名称】	<b>〇〇居宅介護支援センター</b>	
	【事業所指定番号】	<b>13xxxxxxxx</b>	
	【所在地】	〒 <b>xxx-xxxx</b> <b>東京都中央区中央x-x-x</b>	
	【電話番号】	<b>03</b> ( <b>xxxx</b> ) <b>xxxx</b>	
業務従事先 又は 業務従事予定先	【事業種別】	<input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護に係る指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定地域密着型サービス事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護に係る指定地域密着型介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護に係る指定地域密着型介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター	

主任介護支援専門員の方は「有」に○を付けてください

# 介護支援専門員証交付申請書

記入例

介護保険法第69条の7第1項及び介護保険法施行規則第113条の20第1項の規定(介護保険法第69条の8第1項に規定する介護支援専門員証の有効期間の更新の場合にあつては、介護保険法施行規則第113条の26第1項及び第3項の規定)に基づき、下記により、介護支援専門員証の交付を申請します。

カラー写真
縦 3.0cm 横 2.4cm

令和xx年xx月xx日

東京都知事 殿

氏名 東京 太郎

フリガナ	トウキョウ	タロウ	旧姓または通称名の併記	記載する旧姓または通称名
氏名	(姓) 東京	(名) 太郎	<input type="checkbox"/> 希望する (※希望者のみ)	フリガナ
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	xx年 xx月 xx日		
フリガナ	〒xxx-xxxx			
住所	東京 都 道 千代田区千代田x-x-x 〇〇マンションxxx			
電話番号	090	(xxxx)	xxxx	
登録番号	xxxxxxxx	主任介護支援専門員研修 (主任更新研修を含む)修了の有無	有	無
申請の種類(あてはまる箇所に○を付けるか、黒く塗りつぶすこと)				
<input type="checkbox"/> 新規	介護支援専門員証に記載されている8桁の番号です	登録簿登録の日から5年を経過している(→②へ) <input type="checkbox"/> 経過	主任介護支援専門員の方は「有」に○を付けてください	
<input type="checkbox"/> 更新	更新研修受講修了者 更新研修修了年月日 年 月 日	113条の16に規定する研修の有無 <input type="checkbox"/> 受講	実務研修受講番号	
	<input type="checkbox"/> 更新研修受講免除者 免除対象研修名 (記入不要) 免除対象研修修了年月日			
	<input type="checkbox"/> 専門研修Ⅰ 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 専門研修Ⅱ 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 主任更新研修 主任の有効期間満了日 年 月 日			
	現に有する介護支援専門員証の有効期間満了日 年 月 日			
	こちらのみチェックを入れてください	<input type="checkbox"/> 既に置き換えている	<input type="checkbox"/> 置き換えて交付することを希望する	
		<input type="checkbox"/> 置き換えて交付することを希望しない	<input type="checkbox"/> 置き換え不可	
<input checked="" type="checkbox"/> 登録の移転	現に有する介護支援専門員証の有効期間満了日	〇〇xx年xx月xx日		

注1) 旧姓併記又は通称名併記の場合、次のように介護支援専門員証に印字する。旧姓のみ又は通称名のみ印字は不可。  
【旧姓併記の例】日本 花子(旧姓;東京) →日本 花子(東京 花子)  
【通称名併記の例】李 花子(通称名;日本 花子) →李 花子(日本 花子)

注2) 介護支援専門員証に併記が可能である通称名とは、外国人住民が、住民票に記載しているものを指す(住民基本台帳法施行令(昭和42年政令第292号)第30条の16第1項)。添付する住民票で通称名が確認できない場合は併記対応不可。